Deutscher Bundestag **Drucksache 15/1600**

15. Wahlperiode 25. 09. 2003

Bericht*)

des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss)

1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
– Drucksache 15/1525 –

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

2. zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abgeordneten Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae und der Fraktion der FDP
– Drucksache 15/542 –

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung

3. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 15/800 –

Entwurf eines Gesetzes über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

4. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksache 15/1071 –

Entwurf eines Gesetzes über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

5. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 15/1170 –

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)

---
*) Die Beschlussempfehlung ist als Drucksache 15/1584 gesondert verteilt worden.

6. zu dem Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/652 (neu) –

Aufhebung der gesundheitspolitischen Maßnahmen im Beitragssatzsicherungsgesetz

7. zu dem Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/1174 –

Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten

8. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/1175 –

Mut zur Verantwortung – für ein freiheitliches Gesundheitswesen

9. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/1526 –

Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten

Bericht der Abgeordneten Helga Kühn-Mengel, Annette Widmann-Mauz, Birgitt Bender und Dr. Dieter Thomae

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1525 wie auch den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 15/1526 in seiner 58. Sitzung am 9. September 2003 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung überwiesen. Außerdem hat er beide Vorlagen zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Sportausschuss, den Rechtsausschuss, den Finanzausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit, den Ausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, den Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union und den Haushaltsausschuss, an letzteren im Hinblick auf den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 auch gemäß § 96 der Geschäftsordnung, überwiesen.

In seiner 51. Sitzung am 18. Juni 2003 hat er den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1170 und die Anträge der Fraktionen CDU/CSU und FDP auf den Drucksachen 15/1174 und 15/1175 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie zur Mitberatung an die im vorangehenden Abschnitt genannten Ausschüsse überwiesen.

In seiner 40. Sitzung am 10. April 2003 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/800 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung überwiesen. Außerdem hat er ihn in seiner 43. Sitzung am 8. Mai 2003 zur Mitberatung an den Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit überwiesen. In seiner 48. Sitzung am 5. Juni 2003 hat er den gleich lautenden Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 15/1071 in erster Lesung beraten und ebenfalls zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Wirt-

schaft und Arbeit überwiesen. Außerdem hat der Deutsche Bundestag die in Frage stehenden Vorlagen nebst den dazu vorliegenden Beschlussempfehlungen aus den unter IV. genannten Gründen in seiner 58. Sitzung am 9. September 2003 an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zurücküberwiesen.

In seiner 38. Sitzung am 4. April 2003 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP auf Drucksache 15/542 in erster Lesung beraten und an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zur federführenden Beratung sowie an den Innenausschuss, den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit und den Ausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft zur Mitberatung überwiesen. Den Antrag der Fraktion der CDU/CSU auf Drucksache 15/652 (neu) hat er ebenfalls in seiner 38. Sitzung am 4. April 2003 in erster Lesung beraten und dem Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zur federführenden Beratung sowie dem Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit zur Mitberatung überwiesen. Außerdem hat der Deutsche Bundestag die in Frage stehenden Vorlagen aus den unter IV. genannten Gründen nebst den dazu vorliegenden Beschlussempfehlungen in seiner 58. Sitzung am 9. September 2003 an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zurücküberwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

1. zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1525

Die Antragsteller sehen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ein Modell, das für alle Versicherten die notwendige medizinische Versorgung – unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen – gewährleistet. Damit dies auch in Zukunft so bleibe, müsse das Sozialsystem grundlegend reformiert werden. Die vorhandenen Mittel müssten effizienter eingesetzt und die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich gesteigert werden.

Zudem führten der medizinische Fortschritt und die zunehmende Zahl älterer Menschen zu einem Ausgabenanstieg, hinter dem die Entwicklung der Einnahmen zurückbleibe. Diese Finanzierungslücke könne nicht durch weitere Beitragssatzsteigerungen finanziert werden, denn dies erhöhe die Arbeitskosten und trage zu einer steigenden Arbeitslosigkeit bei. Eine Lösung des Problems durch Rationierung von Leistungen zu Lasten von Patientinnen und Patienten werde parteiübergreifend strikt abgelehnt. Ziel sei es vielmehr, ein hohes Versorgungsniveau bei angemessenen Beitragssätzen auch in Zukunft zu gewährleisten.

Dieses Ziel werde durch sowohl strukturelle Reformen als auch die Neuordnung der Finanzierung umfassende Reform der GKV erreicht. Die strukturellen Maßnahmen verbesserten die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Transparenz werde erhöht, Eigenverantwortung und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten würden gestärkt, die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und die freien Berufe verbessert, leistungsfähige Strukturen geschaffen, die solidarische Wettbewerbsordnung weiterentwickelt und Bürokratie abgebaut. Die Neuordnung der Finanzierung ermögliche deutliche Beitragssatzsenkungen und umfasse ausgewogene Sparbeiträge aller Beteiligten sowie unter Aspekten der sozialen Gerechtigkeit neu gestaltete Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen für Versicherte.

Insgesamt sieht die von SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verfolgte Reform der GKV schwerpunktmäßig vor:

- Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität,
- Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung,
- die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen,
- die Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich,
- die Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln,
- eine Reform der Organisationsstrukturen,
- die Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz,
- die Neuordnung der Finanzierung,
- die Schaffung höherer Transparenz mittels Patientenquittung, elektronischer Gesundheitskarte und Regelungen zur Datentransparenz.

2. zum Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 15/1526

Vor dem Hintergrund der äußerst schwierigen finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung und den weiteren Herausforderungen durch die demografische Entwicklung, den medizinischen Fortschritt und die sinkende Lohnquote sehen die Antragsteller die dringende Notwendigkeit, grundlegende strukturelle Veränderungen anzugehen, um Generationengerechtigkeit herzustellen, die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft zu stärken und damit über die Schaffung neuer Arbeitsplätze auch die Einnahmebasis der GKV zu verbessern, den Versicherten und Patienten angesichts knapper Ressourcen größtmögliche Entscheidungsspielräume bei der Wahl ihrer Versicherungsform, der Wahl ihres Arztes und gemeinsam mit diesem der Wahl der Therapie zu geben, die Freiberuflichkeit als tragende und kostengünstige Säule des Gesundheitssystems zu bewahren und durch eine Stärkung des Wettbewerbs den Abbau bürokratischer Reglementierungen und die Erhöhung der Transparenz größere Effizienz zu schaffen.

Zur Erreichung dieser Ziele führe an einer sofortigen Stärkung kapitalgedeckter Versicherungsformen und der massiven Entschlackung von bürokratischen Vorschriften kein Weg vorbei. Der von den Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegte Gesetzentwurf hingegen werde zu einer deutlichen Zunahme des bürokratischen Aufwands führen. Er sei geprägt von einem tiefen Misstrauen gegenüber der Arbeit und den Leistungen der deutschen Ärzteschaft sowie der anderen Gesundheitsberufe und verzichte darauf, Wettbewerb im Sinne von mehr Entscheidungsfreiheit für den Einzelnen zuzulassen. Die wirklich wichtigen Maßnahmen würden nicht angegangen.

Die Antragsteller möchten demgegenüber eine Gesundheitsreform auf den Weg bringen, die trotz der steigenden Zahl älterer Menschen und steigender Kosten durch den medizinischen Fortschritt auch zukünftig für alle Teile der Bevölkerung einen bezahlbaren Versicherungsschutz für die

notwendige medizinische Versorgung im Krankheitsfall sichere und damit den Grundsatz der Nachhaltigkeit im Sinne von Generationengerechtigkeit beherzige. Im Einzelnen setze dies folgende Schritte voraus:

- dafür zu sorgen, dass der GKV durch gesetzgeberische Maßnahmen zu Gunsten anderer sozialer Sicherungssysteme oder des Bundeshaushaltes kein Geld mehr entzogen werde,
- den Pflichtleistungskatalog der GKV auf einen Kernbereich zu konzentrieren,
- den Arbeitgeberanteil auf maximal 6,5 % zu begrenzen und die steuerneutrale Auszahlung als Lohnbestandteil vorzusehen,
- neue Leistungsansprüche im Pflichtversicherungsteil nur noch dann zuzulassen, wenn im Zuge der Gegenfinanzierung andere Leistungsansprüche zurückgefahren würden,
- die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf den ermäßigten Satz abzusenken,
- versicherungsfremde Leistungen nicht durch unspezifizierte Zuschüsse, sondern im Rahmen eines Leistungsgesetzes aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren,
- das SGB V im Hinblick auf den Abbau bürokratischer Überregulierungen auf den Prüfstand zu stellen,
- die Strukturen so zu straffen, dass Gesundheitsleistungen möglichst effizient erbracht würden,
- mehr Transparenz für Versicherte zu schaffen und das Sachleistungsprinzip durch das Kostenerstattungsprinzip zu ersetzen und damit gleichzeitig auch einen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern einzuleiten,
- die Budgets umgehend abzuschaffen und durch einfache, leistungsgerechte Vergütungssysteme mit festen Preisen zu ersetzen,
- den Grundsatz der Nachhaltigkeit ernst zu nehmen und Vorsorge für die Folgen der Überalterung der Bevölkerung zu treffen, d. h. eine umgehende Umschichtung zu kapitalgedeckten Finanzierungselementen durch die Herausnahme von Leistungskomplexen aus der Umlagefinanzierung und die Herabsetzung der Versicherungspflichtgrenze vorzunehmen,
- ein eindeutiges Votum gegen eine Einbeziehung aller Bürger in die GKV abzugeben,
- die Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs (RSA) in Richtung Morbiditätsorientierung aufzugeben und stattdessen das Volumen des heutigen RSA kontinuierlich zurückzufahren,
- die Freiberuflichkeit als ein wesentliches Element unseres Gesundheitswesens anzuerkennen und Versuche zu unterlassen, diese Form der kostengünstigen, patientenfreundlichen Versorgung durch die Bevorzugung institutioneller Lösungen zu untergraben.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

1. Zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1525 und dem Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 15/1526

Der **Innenausschuss,** der **Sportausschuss** und der **Finanzausschuss** und haben in ihrer jeweils 19., 21. und 27. Sitzung am 24. September 2003 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 anzunehmen und den Antrag auf Drucksache 15/1526 abzulehnen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 24. September 2003 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei einer Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU und einer Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf in der geänderten Fassung anzunehmen. Mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei einer Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU hat er beschlossen zu empfehlen, den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 0302 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit** hat in seiner 32. Sitzung am 24. September 2003 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei einer Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 in der geänderten Fassung anzunehmen und den Antrag auf Drucksache 15/1526 für erledigt zu erklären. Mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei einer Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat er beschlossen zu empfehlen, den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 15(9)641 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft** hat in seiner 19. Sitzung am 24. September 2003 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 anzunehmen und den Antrag auf Drucksache 15/1526 abzulehnen. Mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei einer Stimmenthaltung der Fraktion der SPD hat er beschlossen zu empfehlen, den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 15(10)222 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 24. September 2003 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 in der geänderten Fassung anzunehmen und den Antrag auf Drucksache 15/1526 abzulehnen. Mit den Stimmen der Mitglieder

der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP hat er beschlossen zu empfehlen, den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 15(12)86 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 16. Sitzung am 24. September 2003 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 in der geänderten Fassung anzunehmen und den Antrag auf Drucksache 15/1526 abzulehnen. Mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP hat er beschlossen zu empfehlen, den Entschließungsantrag auf Ausschussdrucksache 15(17)123 anzunehmen. Zwei Prüfbitten (Ausschussdrucksachen 15(17)126 und 15(17)127) zu Drucksache 15/1525 wurden mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (15(17)126) bzw. mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU (15(17)127) angenommen.

Der **Haushaltsausschuss** und der **Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** haben in ihrer jeweils 28. Sitzung am 24. September 2003 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP beschlossen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 anzunehmen und mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, den Antrag auf Drucksache 15/1526 abzulehnen.

2. Zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1170 und dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU auf Drucksache 15/1174

Der **Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** hat in seiner o. g. Sitzung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1170 anzunehmen und den Antrag auf Drucksache 15/1174 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der FDP abzulehnen.

Die anderen unter 1. genannten Ausschüsse haben jeweils in ihren dort genannten Sitzungen einvernehmlich beschlossen, die Vorlagen auf den Drucksachen 15/1170 und 15/1174 für erledigt zu erklären.

3. Zu dem Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 15/1175

Der **Innenausschuss,** der **Sportausschuss,** der **Rechtsausschuss,** der **Finanzausschuss,** der **Ausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft,** der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** und der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** haben in ihren o. g. Sitzungen mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 15/1175 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** und der **Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** haben in ihren o. g. Sitzungen mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 15/1175 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit** hat in seiner o. g. Sitzung einvernehmlich beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 15/1175 für erledigt zu erklären.

4. Zu den übrigen Vorlagen

Hinsichtlich des Votums der mitberatenden Ausschüsse zu diesen Vorlagen wird auf die Beschlussempfehlungen und Berichte des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung auf den Drucksachen 15/1202 und 15/1203 verwiesen.

Nachdem der Deutsche Bundestag die in Frage stehenden Vorlagen nebst den dazu vorliegenden Beschlussempfehlungen in seiner 58. Sitzung am 9. September 2003 an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zurücküberwiesen hat, ist keine erneute Mitberatung anderer Ausschüsse erfolgt.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

1. Beratung und öffentliche Anhörungen von Sachverständigen

Der **Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung** hat seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1170, dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU auf Drucksache 15/1174 sowie dem Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 15/1175 in seiner 26. Sitzung am 18. Juni 2003 aufgenommen und beschlossen, zu diesen Vorlagen eine viertägige öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Die Anhörung fand in der 27. Sitzung am 23. Juni 2003, der 29. Sitzung am 25. Juni 2003, der 30. Sitzung am 26. Juni 2003 und der 31. Sitzung am 30. Juni 2003 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bundesknappschaft, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Seekrankenkasse,

Bundesverband der Deutschen Industrie e. V., Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands, Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Deutscher Beamtenbund und Tarifunion, Zentralverband des Deutschen Handwerks, Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände e. V., Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V., Deutscher Führungskräfteverband, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Städtetag, Deutscher Industrie- und Handelskammertag, Deutscher Landkreistag, Verband der weiblichen Arbeitnehmer e. V., Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V., Arbeiterwohlfahrt, Aktion Psychisch Kranke, Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen, Arbeitgeberverband Ambulante Pflegedienste e. V., Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands e. V., Berufsverband der deutschen Nervenärzte e. V./Berufsverband der deutschen Psychiater e. V., Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Berufsverband Deutscher Psychologen e. V., Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschlands e. V., Bund Deutscher Hebammen e. V., Bundesärztekammer, Bundesapothekerkammer, Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen e. V., Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, Bundesbeauftragter für den Datenschutz, Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bundeskartellamt, Bundesministerium der Justiz, Bundesministerium des Innern, Bundesverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Bundesverband der Angestellten in Apotheken, Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V., Bundesverband der Arzneimittelimporteure e. V., Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e. V., Bundesverband der Hörgeräteakustiker, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V., Bundesverband der Volkssolidarität e. V., Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V., Bundesverband deutscher Belegärzte e. V., Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V., Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V., Bundesverband Deutscher Versandapotheker, Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V., Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neuen Medien e. V., Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e. V., Bundesverband Managed Care e. V., Bundesverband Medizintechnologie e. V., Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten e. V., Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Bundesvereinigung für Gesundheit, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Bundesversicherungsamt, Bundeszahnärztekammer, Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V., Büro für Gesundheit und Prävention, Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e. V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation Behinderter e. V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutscher Apothekerverein e. V., Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V., Deutscher Generika Verband e. V., Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Heilbäderverband e. V., Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutscher Pflegerat, Deutscher Psychotherapeutenverband e. V., Deutsches Cochrane Zentrum, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Evangelische Kirche in Deutschland, Fachverband der Krankenpflege e. V., Freier Verband Deutscher Zahnärzte, Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V., Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Interessenverband behinderter Frauen – Weibernetz e. V., Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e. V., Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V., Komitee Forschung Naturmedizin, Kommissariat der Deutschen Bischöfe, Koordinierungsausschuss, Marburger Bund, Medizinausschuss des Wissenschaftsrates, Patienten-Heimversorgung, Sozialverband Deutschland e. V., Sozialverband VdK Deutschland e. V., Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände, VDB-Physiotherapieverband e. V., Verband der Diagnostica-Industrie e. V., Verband der Deutschen Dental-Industrie e. V., Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Verband der Krankenversicherten Deutschlands e. V., Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Verband der Universitätsklinika Deutschlands, Verband der Zahntechniker-Innungen, Verband Forschender Arzneimittelhersteller, Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland e. V., Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V., Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten e. V., Zentralverband der Augenoptiker, Zentralverband der Elektrotechnik- und Elektroindustrie e. V.

Außerdem waren als Einzelsachverständige eingeladen:

Dr. Gerd Antes, Dr. Jochen Bauer, Dr. Jürgen Bausch, Prof. Dr. med. Fritz Beske, Dr. Klaus Brauer, Thomas Brauner, Carsten Clausen, Christian Deppe, Dr. Heinz-Uwe Dettling, Prof. Dr. Ingwer Ebsen, Dr. med. Dr. jur. Alexander P. F. Ehlers, Dr. Christopher Freigang, Dr. Jan Geldmacher, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Detlef Heidemann, Dr. Christopher Hermann, Helmut Hildebrandt, Prof. Dr. Jörg Hoppe, Dr. Klaus Jacobs, Matthias Kaiser, Christoph Kranich, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl. W. Lauterbach, Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen, Prof. Dr. Günter Neubauer, Dr. Volker Neumann, Thomas Nosch, Dr. Johannes Pieck, Dorothea Pitschnau-Michel, Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Christoph Rupprecht, Prof. Dr. Reinhard Rychlik, Dr. Rainer Salfeld, Prof. Dr. Peter Theodor Sawicki, Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Dr. Peter Schwoe-

rer, Prof. Dr. Helge Sodan, Prof. Dr. Christian Starck, Dr. Dieter Steinbach, Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Dr. Manfred Zipperer.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Im Anschluss an die Anhörungen und als deren Ergebnis setzte der Ausschuss seine Beratungen zu dem o. g. Gesetzentwurf und den Anträgen aus, da sich die Bereitschaft abzeichnete, in Anbetracht der enormen gesellschaftspolitischen Bedeutung des Themas und des großen Problemdrucks zu einem Parteien übergreifenden Konsens zu finden. Die sog. Konsensgespräche fanden in der Zeit zwischen dem 3. Juli und dem 22. August 2003 zunächst unter Beteiligung von Vertretern aller vier im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen, des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und der sechs Bundesländer Baden-Württemberg, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt statt. Während das Ergebnis der ersten Runde der Konsensgespräche bei SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN von den einschlägigen Gremien gebilligt wurde, war dies bei der FDP nicht der Fall. Sie nahm deshalb nicht an der zweiten Runde der Konsensgespräche teil, die schließlich in die Formulierung und Einbringung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1525 mündeten. Bestandteil des Konsenses war, dass die Koalition von ihrem Gesetzentwurf zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – Drucksachen 15/800 und 15/1071 – und die CDU/CSU von ihren Vorlagen zur Änderung des Beitragssatzsicherungsgesetzes – Drucksachen 15/542 und 15/652 (neu) – Abstand nahmen. Die Fraktion der FDP hingegen brachte ihre Vorstellungen in einem eigenen Antrag auf Drucksache 15/1526 ein.

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung hat seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1525 und dem Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 15/1526 in der 35. Sitzung am 12. September 2003 aufgenommen und beschlossen, zu den Vorlagen eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen. Gegenstand der Anhörung waren im Wesentlichen die Änderungen gegenüber dem Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1170 und den Anträgen auf den Drucksachen 15/1174 und 15/1175.

Die Anhörung fand in der 36. Sitzung am 22. September 2003 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen, Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V., Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten, Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V., Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Bundesverband der Arzneimittelimporteure e. V., Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V., Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V., Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V., Bundesverband Deutscher Belegärzte e. V., Bundesverband Managed Care e. V., Bundesverband Medizintechnologie e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V., Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Bundesversicherungsamt, Bundeszahnärztekammer, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V., Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Gewerkschaftsbund, Deutscher Psychotherapeutenverband e. V., Deutscher Generika Verband e. V., Deutscher Hausärzteverband e. V., Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Marburger Bund, Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e. V., Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Verband der Krankenversicherten Deutschlands e. V., Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Verband der Universitätsklinika Deutschlands, Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Verband Forschender Arzneimittelhersteller, Verband Psychologischer Psychotherapeuten im BDP, Verbraucherzentrale Bundesverband, Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland e. V., Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Zentralverband des Deutschen Handwerks.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 37. Sitzung am 24. September 2003 hat der Ausschuss seine Beratungen – unter Einbeziehung auch der Ergebnisse der viertägigen Anhörung zum Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1170 und den beiden Anträgen auf den Drucksachen 15/1174 und 15/1175 – fortgesetzt und abgeschlossen. Zur abschließenden Beratung lagen ihm 66 Änderungsanträge der Fraktion der FDP vor. Die Anträge auf Ausschussdrucksache 0300 wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP abgelehnt. Die 21 Änderungsanträge der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf den Ausschussdrucksachen 0301 und 0301a wurden mit den Stimmen dieser Fraktionen gegen die Stimmen der Fraktion der FDP angenommen.

Als Ergebnis der Beratungen hat der Ausschuss den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 in der solchermaßen geänderten Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP angenommen. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/542 hat er mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU abgelehnt. Ebenso hat er die Anträge auf den Drucksachen 15/1175 und 15/1526 mit den

Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei einer Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU abgelehnt. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1170 und den Antrag auf Drucksache 15/1174 hat er im Hinblick auf die nachfolgenden, in die Einbringung der Drucksache 15/1525 mündenden Entwicklungen einvernehmlich für erledigt erklärt.

Hinsichtlich des Verlaufs und der Ergebnisse der Beratungen zu den Gesetzentwürfen auf den Drucksachen 15/800 und 15/1071 und dem Antrag auf Drucksache 15/652 (neu) wird auf die Beschlussempfehlungen und Berichte auf den Drucksachen 15/1202 und 15/1203 verwiesen.

Der Ausschuss hat in seiner 37. Sitzung am 24. September 2003 im Hinblick auf den neuen Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 sowohl die o. g. zurücküberwiesenen Vorlagen als auch insoweit die dazugehörigen Beschlussempfehlungen und Berichte für erledigt erklärt.

2. Petitionen

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1170 und den Anträgen auf den Drucksachen 15/1174 und 15/1175 lagen dem Ausschuss 17 Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Die Petitionen bezogen sich im Wesentlichen auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, das Kassenarztrecht und das Arzneimittelwesen. Den Anliegen der Petenten konnte durch die Gesetzesänderungen nur zum Teil entsprochen werden. Dies hat der Ausschuss dem Petitionsausschuss mitgeteilt.

Außerdem wurde im Laufe der Ausschussberatungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 15/800 eine Petition behandelt, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Der Petent wandte sich gegen die Einführung der Arzneimittel-Positivliste. Dem Anliegen wurde im Rahmen der im Ausschuss zunächst am 17. Juni 2003 abgeschlossenen Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 15/800 nicht Rechnung getragen. Allerdings hat der Ausschuss aus den oben genannten Gründen letztendlich doch dem Anliegen des Petenten gemäß beschlossen, da er den fraglichen Gesetzentwurf am 24. September 2003 einvernehmlich für erledigt erklärt hat. Dies hat er dem Petitionsausschuss mitgeteilt.

3. Stellungnahmen der Fraktionen

In der Beratung hoben die Mitglieder der **Fraktion der SPD** hervor, dass mit dem Gesetzentwurf den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen Rechnung getragen werde. Es handele sich um eine umfassende und nachhaltig wirksame Reform zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen. Mit den im Gesetzentwurf enthaltenen strukturellen Reformen und der Neuordnung der Finanzierung gelinge es, die Beitragssätze auf einem niedrigeren Niveau langfristig zu stabilisieren, die Lohnnebenkosten zu senken und diagnostizierte strukturelle Verwerfungen im System zu beheben. Zu betonen sei, dass die Finanzierungslücke weder durch steigende Sozialbeiträge geschlossen noch eine Rationierung von Leistungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten vorgenommen werde. Um weiterhin ein hohes Versorgungsniveau bei gleichzeitig angemessenen Beitragssätzen zu gewährleisten, habe die SPD-Fraktion eine maßvoll abgeferderte Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten befürwortet. An Grundprinzipien wie der freien Arzt- und Krankenhauswahl und der solidarisch finanzierten Krankenversicherung sei festgehalten worden.

Dass die Belange der Versicherten und Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt der Reform stünden, werde daran deutlich, dass die Patientenquittung, die elektronische Gesundheitskarte, Versichertenboni, die Einrichtung von Korruptionsbekämpfungsstellen bei den kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen und ein Patientenbeauftragter eingeführt würden. Ebenfalls bedeutend sei, dass Patientinnen und Patienten zukünftig Leistungen auch im EU-Ausland in Anspruch nehmen könnten und Wahlmöglichkeiten bei den Versicherungskonditionen hätten. Insgesamt werde die Patientensouveränität durch mehr Transparenz, Wahlmöglichkeiten und Beteiligungsrechte gestärkt.

Beim Vertragsrecht lege die SPD-Fraktion großen Wert auf die Stärkung des Qualitätswettbewerbs. So gebe es zukünftig die Verpflichtung zu Versorgungsaufträgen durch Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Qualitäts- und Effizienzsteigerungen erwarte sie auch durch die Beförderung der integrierten Versorgung mittels Anschubfinanzierung und die Einführung der neuen medizinischen Versorgungszentren im ambulanten Bereich. Die Versorgungsqualität solle durch die Fortbildungspflicht der Ärzte und die Einrichtung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit gesteigert werden.

Entscheidende Veränderungen würden auch im Arzneimittelbereich vorgenommen. Der Gesetzentwurf enthalte ein Maßnahmepaket, das gewährleiste, dass die Arzneimittelausgaben nicht weiter aus dem Ruder liefen und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pharmakotherapie gesteigert werde. Aus ihrer Sicht komme der Nutzenbewertung von Arzneimitteln für die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Arzneimittelverordnung mittel- und langfristig herausragende Bedeutung zu. Die Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel ohne ins Gewicht fallenden therapeutischen Zusatznutzen sorgten dafür, dass die Krankenkassen in Zukunft nicht mehr mit vermeidbaren Aufwendungen für überteuerte Analogpräparate belastet würden. Die prinzipielle Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sei der Neujustierung des Verhältnisses von Solidarität und Subsidiarität geschuldet. Die Versicherten würden dadurch nicht über Gebühr belastet, bei schwerwiegenden Erkrankungen und für Kinder und Jugendliche gebe es Ausnahmeregelungen. Die Arzneimittelpreisverordnung regele den Großhandels- und den Apothekenzuschlag neu. Zudem werde das Mehrbesitzverbot von Apotheken begrenzt aufgehoben und die Zulassung von Versandapotheken ermöglicht. Der Verbraucherschutz beim Versandhandel sei sichergestellt, der Sicherheitsstandard entspreche dem der Abgabe von Arzneimitteln in der Präsenzapotheke.

Die Zuordnung des An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 zur Behandlungspflege und damit zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung stelle eine Einstiegs- und Übergangslösung für schwere Fälle dar. Die notwendige umfassende

Neuregelung der Materie werde Bestandteil der Reform der Pflegeversicherung sein.

Insgesamt handele es sich bei dem Gesetzentwurf um einen Kompromiss, der die Schnittmenge an Gemeinsamkeiten widerspiegele, die in der Gesundheitspolitik mit der Fraktion der CDU/CSU bestünden. Wichtige Punkte, die in den Konsensgesprächen leider nicht hätten durchgesetzt werden können, seien die Arzneimittel-Positivliste und die Intensivierung und Erweiterung des Wettbewerbs durch weitergehende Ermöglichung von Einzelverträgen. Als schwierig empfinde die SPD-Fraktion auch die Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV. Positiv zu vermerken sei, dass bei den Zuzahlungen soziale Abfederungen hätten eingebaut werden können und dass der Zahnersatz im Rahmen der GKV zusätzlich versichert werden könne.

Die Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** betonten, dass der Ansatzpunkt für eine Gesundheitsreform weniger in der Versorgungsqualität liege, die auch im internationalen Maßstab eine hohen Standard aufweise, sondern in der finanziellen Situation in der gesetzlichen Krankenversicherung. Seit Jahren leide die gesetzliche Krankenversicherung unter einer Erosion der Einnahmenbasis. Wichtige von der unionsgeführten Bundesregierung 1997 eingeleitete Schritte zur Verbesserung der Einnahmesituation habe die amtierende Bundesregierung 1998 rückgängig gemacht. Nunmehr würden diese Fehler korrigiert und mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen eine spürbare Senkung der Beitragssätze angestrebt. Dabei bliebe das Prinzip der Solidarität ebenso erhalten wie die freie Arzt-, Krankenhaus- und Krankenkassenwahl.

Bei der Entlastung der Krankenversicherungen bewerte die CDU/CSU die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch Steuern als Durchbruch; versicherungsfremde Leistungen würden zukünftig nicht mehr aus Beitragsmitteln finanziert werden. Eine weitere Senkung des Beitragssatzes bewirke die Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV. Dieser werde zukünftig durch einen einkommensunabhängigen pauschalen Beitrag abgedeckt. Damit sei es erstmals gelungen, die Beiträge von den Löhnen und Gehältern zu entkoppeln. Im Übrigen könnten die Versicherten sowohl in der GKV als auch in der privaten Krankenversicherung den Zahnersatz über eine Zusatzversicherung absichern. Das heutige System prozentualer Zuschüsse werde durch ein befundbezogenes Festzuschusssystem ersetzt. Hierdurch würde dem Versicherten eine größere Therapievielfalt eröffnet.

Um ein weiteres Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben zu unterbinden, sei auch eine Ausweitung der Selbstbeteiligung von Patientinnen und Patienten erforderlich. Andernfalls drohe eine Rationierung von Gesundheitsleistungen. Für die Neuordnung der Zuzahlungen gälten zukünftig zwei Grundsätze. Zum einen die Grundregel, dass jede Inanspruchnahme von Leistungen eine Zuzahlungspflicht auslöse, zum anderen der soziale Grundsatz einer Zuzahlungsgrenze, die eine Überforderung der Versicherten verhindere. In dem Umfang wie Patientinnen und Patienten finanzielle Verantwortung übernehmen würden, müssten auch deren Einflussmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung steigen. Deshalb seien für Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erstmals Mitwirkungsmöglichkeiten in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgesehen. Vor allem die Antrags- und Beteiligungsrechte in den Bundesausschüssen würden den Versicherten die Möglichkeit eröffnen, den Leistungskatalog der GKV mitzugestalten. Auch die Kontrollmöglichkeiten der Versicherten über die Verwendung ihrer Beitragsmittel werde verbessert. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen hätten ihre Vorstandsgehälter zu veröffentlichen. Im Übrigen seien die Verwaltungsausgaben der Kassen gedeckelt.

Positiv vermerkt werde die Einführung von Elementen, die zu einer Steigerung des Kostenbewusstseins der Versicherten führten. So könnten nunmehr auch Pflichtversicherte – wie schon 1997 vorgesehen, dann 1998 wieder abgeschafft – Kostenerstattung wählen. Freiwillig Versicherte erhielten darüber hinaus die Option auf Beitragsrückgewähr und Selbstbehalt. Wichtig ist der Union weiterhin die Gleichstellung von Sozialhilfeempfängern mit gesetzlich Krankenversicherten.

Bei der Etablierung von Elementen des Wettbewerbs im Bereich der Leistungserbringer bzw. der Versorgungsstrukturen lege die CDU/CSU Wert darauf, dass das KV-Monopol nicht durch ein Kassenmonopol ersetzt werde. Die Union wolle einen Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität und keinen Wettbewerb der Kasse um den günstigsten Arzt. Der jetzt etablierte Wettbewerb führe zu einem Wettbewerb der Ärzte um die beste Qualifikation. Es werde ferner einen Wettbewerb zwischen kollektiv- und einzelvertraglichen Systemen sowie zwischen verschiedenen Versorgungsformen, etwa integrierter Versorgung, hausarztzentrierter Versorgung, etc. geben.

Durch den Gesetzentwurf werde ein eines neuen Systems der medizinischen Leistungserbringung in Form medizinischer Versorgungszentren etabliert. Hier lege die CDU/CSU großen Wert darauf, dass dies im Rahmen der Bedarfsplanung zugelassener Leistungserbringer erfolge. Mit dieser neuen Niederlassungsmöglichkeit würde Ärzten das mit einer Investition verbundene wirtschaftliche Risiko genommen und ihnen gleichzeitig die Möglichkeit, einer ambulanten ärztlichen Tätigkeit gegeben. Bei der Ausgestaltung sei man bestrebt gewesen, die Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit des Arztberufes zu erhalten.

Als weitere bedeutsame strukturelle Maßnahme sei die Abschaffung der Budgetierung der ärztlichen Honorare und ihre Ersetzung durch arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina ab 2007 zu erwähnen. Damit hätten niedergelassene Ärzte in Zukunft Planungssicherheit. Zur Steigerung der Qualität der ärztlichen Versorgung führe der Gesetzentwurf eine Fortbildungspflicht ein, die an Vergütungsab- bzw. Zuschläge gekoppelt werde.

Im Bereich der Arzneimittelversorgung erlaube der Gesetzentwurf den Versandhandel. Um trotzdem Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten, lege die CDU/CSU Wert darauf, dass gleichzeitig Sicherheitsstandards definiert würden.

Die CDU/CSU-Fraktion weist darauf hin, dass der Erfolg dieser Reform maßgeblich von der weiteren Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt abhängt. Deshalb sei es wichtig, dass die Bundesregierung eine Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik verfolge, die zu einem Abbau der Arbeitslosigkeit, also zu Wachstum und Beschäftigung führe.

Die Mitglieder der **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** bekräftigten, dass der Gesetzentwurf mehr als alle Gesundheitsreformen zuvor Strukturveränderungen im Gesundheitswesen vornehme und dadurch auch für deutliche Beitragssatzsenkungen sorge. Der Gesetzentwurf ermögliche insbesondere weitaus mehr Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, den Gesundheitsberufen und Krankenhäusern als bisher. Durch den Abbau rechtlicher Schranken und die Gewährung einer Anschubfinanzierung werde die Integrationsversorgung verstärkt. In die gleiche Richtung zielten Maßnahmen wie die Zulassung von Gesundheitszentren zur Regelversorgung, die Ausweitung des Hausarztmodells und die Teilöffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche ambulante Versorgung.

Die Ausgliederung des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung bewirke eine substanzielle Verringerung der Arbeitskosten, während der Solidarausgleich zwischen den Versicherten auch in diesem Leistungsbereich erhalten bleibe. Begrüßt werde in diesem Zusammenhang auch die Beitragsentlastung durch die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln sowie die volle Verbeitragung anderer Einkommensarten bei den Rentnern.

Hervorzuheben sei ferner die Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten, die wie die Selbsthilfegruppen erstmals in den Gremien, insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss, neben den Leistungserbringern und Kostenträgern vertreten seien. Auch im Arzt-Patienten-Verhältnis werde der Patientenstatus durch die vorgesehene Patientenquittung aufgewertet. Darüber hinaus erhoffe man sich durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die es bei entsprechender Zustimmung der Patienten ermögliche, die Behandlungsdaten zu speichern und Doppeluntersuchungen und Übermedikation zu verhindern, eine Steigerung der Versorgungsqualität.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betonten zugleich, dass sie weitergehende Elemente des Wettbewerbs in dem Gesetzentwurf auch auf Seiten der Leistungserbringer begrüßt hätten. Für die Sicherung der solidarischen Gesundheitsversorgung sei die wettbewerbliche Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung unverzichtbar. Allerdings führten auch die vorgesehenen Reformmaßnahmen, wie der Ausbau der Integrationsversorgung, die weiteren Flexibilisierungen des Vertragsrechts und der Ausbau der Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsformen zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Im Bereich der Arzneimitteldistribution, die im europäischen Vergleich besonders kostentreibend sei, würden mit der – wenngleich begrenzten – Aufhebung des Mehrbesitzverbotes bei den Apotheken, der Zulassung des Arzneimittelversandhandels und der Preisfreigabe für verschreibungsfreie Arzneimittel, wichtige Wettbewerbselemente eingeführt.

Im Verlauf der Beratungen erklärten auf Nachfrage die Mitglieder der Fraktionen **SPD, CDU/CSU** und **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** einvernehmlich, dass hinsichtlich der Ausnahmekriterien in § 28 Abs. 4 SGB V die Ausnahme bei zahnärztlichen Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V auch dann zum Tragen komme, wenn neben der zahnärztlichen Untersuchungsleistung auch andere Leistungen wie z.B. das Legen einer Füllung erbracht würden.

Außerdem erklärten sie, dass bei der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Artikel 35 § 2 Abs. 1 Satz 1 (Wahl bis 30. September 2004) nur der in § 77 Abs. 3 SGB V in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung genannte Personenkreis (zugelassene Ärzte, in zugelassenen Zentren angestellte Ärzte und die ermächtigten Krankenhausärzte) wahlberechtigt sei. Dies folge aus der in Artikel 35 § 2 Abs. 1 Satz 2 geregelten Anwendung von § 80 Abs. 1 SGB V in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung. Die dort genannten Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen seien die Mitglieder nach § 77 Abs. 3 SGB V in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung.

Es wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass von einer Regelung, die eine ausschließliche Stimmberechtigung für Hausärzte in der Vertreterversammlung vorsehe, sofern es um deren Angelegenheiten gehe, abgesehen worden sei, da die Position der Hausärzte bereits durch Einführung des Verhältniswahlrechtes gesichert werde.

Im Hinblick auf die Auswirkungen von Regelleistungsvolumina auf das Abrechnungssystem wurde erklärt, dass die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach Kopfpauschalen durch das System der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina abgelöst werde. Die Neuregelung sehe vor, dass die Krankenkassen künftig auch im Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung versichertenbezogene Abrechnungs- und Leistungsdaten erheben (vgl. Begründung zu den §§ 85a und 85b SGB V-E, § 106a Abs. 3 SGB V-E und § 284 Abs. 1 Nr. 12 und § 295 Abs. 2 SGB V-E).

Für die Verarbeitung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten in der Krankenkasse gelte nach wie vor, dass mit der Änderung des Vergütungssystems der Aufbau einer Datenbank, in der für jeden Versicherten die Abrechnungs- und Leistungsdaten über alle Leistungssektoren zusammengeführt würden, nicht zulässig sei. Die Prüfung der Abrechnung erfolge für jeden Leistungssektor getrennt. Die Krankenkassen dürften die ihnen nach § 295 Abs. 2 SGB V-E übermittelten Abrechnungs- und Leistungsdaten nur in dem Umfang für die gesetzlich in § 284 Abs. 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 geregelten Zwecke versichertenbezogen verarbeiten und nutzen, in dem dies für diese Zwecke erforderlich sei. Für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten für andere Zwecke sei der Versichertenbezug vorher zu löschen. Im Rahmen ihrer Verpflichtungen nach § 78a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch habe die Krankenkasse die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

Hinsichtlich der Kriterien für Plausibilitätsprüfungen wurde betont, dass mit der Neuregelung des ärztlichen Honorarsystems die Verantwortung für die Abrechungs- und Plausibilitätsprüfung der ärztlichen Leistungsabrechnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen neu ausgestaltet werde. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen würden verpflichtet, in Richtlinien bundesweit abgestimmte Kriterien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen zu vereinbaren. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung werde diese Richtlinien prüfen und sei befugt, sie zu beanstanden bzw. ersatzweise zu erlassen. Im Rahmen der Überprüfung der Richtlinien werde der Bundesbeauftragte

für den Datenschutz durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung frühzeitig beteiligt.

Es wurde verdeutlicht, dass eine besondere Verankerung einer Bonusregelung für die integrierte Versorgung nach der im noch geltenden Recht vorgesehenen Vorschrift des § 140g SGB V nicht mehr notwendig sei, da die für die Bonusregelungen nun einschlägige neue Vorschrift des § 65a SGB V in Absatz 2 eine entsprechende Bestimmung enthalte, die es den Kassen ermögliche, ihren Versicherten für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen einen Bonus zu gewähren. Die Förderung integrierter Versorgungsformen werde insbesondere durch die in § 140d nun vorgesehene Anschubfinanzierung sichergestellt.

Im Hinblick auf die Regelungen zur Beitragssatzsenkung und zum zeitlich gestreckten Schuldenabbau wurde Folgendes klargestellt: § 220 Abs. 4 SGB V verpflichte die Krankenkassen, die Entlastungen des Gesetzes beitragssatzsenkend zu berücksichtigen. Diese Regelung sei unmittelbar mit dem befristeten Ausnahmetatbestand des neuen § 222 Abs. 5 SGB V verknüpft, der den Abbau einer Ende 2003 vorhandenen Verschuldung jährlich um mindestens ein Viertel bis Ende 2007 vorsehe. Diese Verpflichtung zum Verschuldungsabbau solle für alle Krankenkassen gelten, die zum Jahresende 2003 ein negatives Betriebsmittel- und Rücklagevermögen ausweisen, unabhängig davon, ob sie ein Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen hätten.

Ferner wurde darauf hingewiesen, dass bei der Gesamtzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Maßgabe des § 80 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelte, wonach die Psychotherapeuten höchstens mit einem Zehntel der Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten seien. Das Verhältnis der einzelnen Fachgruppen einschließlich der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestimme im Übrigen die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer Satzung.

Es wurde betont, dass das Anliegen der Zahntechniker, an der Erarbeitung der sie betreffenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligt zu werden, dadurch berücksichtigt werde, dass

- nach § 92 Abs. 1a Satz 6 SGB V den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Zahntechniker auf Bundesebene bei den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur zahnärztlichen Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben sei und
- nach Artikel 1 Nr. 36 (§ 56 Abs. 3 SGB V) dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Festzuschüsse nach § 56 Abs. 1 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben sei.

Diese Stellungnahmen seien in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubeziehen, d. h. die Argumente der Zahntechniker seien bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf Leistungen bei künstlicher Befruchtung wurde verdeutlicht, dass durch das GMG der Anspruch der Versicherten auf Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Maßnahmen der künstlichen Befruchtung im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27a SGB V eingeschränkt werde und die Einschränkungen hinsichtlich der Altersgrenze sowie die Begrenzung der Leistungen der Krankenkassen auf 50 vom Hundert der Kosten nach dem Wortlaut der geänderten Vorschrift ausnahmslos für alle Leistungen gelten würde, die Teil der Krankenbehandlung nach § 27a SGB V seien. Diese Leistungen umfassten also auch die Versorgung mit Arzneimitteln, für welche die Krankenkasse ebenfalls nur 50 vom Hundert der Kosten übernehme. Die Kosten, die der Versicherte nach den Vorschriften des § 27a SGB V zu übernehmen habe, seien Eigenanteil und keine Zuzahlung, die im Rahmen der Belastungsgrenzen des § 62 SGB V zu berücksichtigen wäre. § 31 Abs. 3 SGB V finde deshalb keine Anwendung.

Insgesamt wurde darauf hingewiesen, dass zwischen Zuzahlungen und Eigenanteilen zu unterscheiden sei. Zuzahlungen, die im Rahmen der Überforderungsregelung des § 62 SGB V berücksichtigt würden, bestimmten sich nach § 61 SGB V. Davon seien Eigenanteile deutlich abzugrenzen, die grundsätzlich von den Versicherten zu tragen seien, wie z. B. ein künftig 50 %iger Eigenanteil an Leistungen zur künstlichen Befruchtung oder der Eigenanteil beim Zahnersatz.

Zur Wahl einer privaten Zahnersatzversicherung wurde klargestellt, dass die Vorlage einer Bescheinigung, in der das private Krankenversicherungsunternehmen bestätige, dass die Vertragsleistungen der Art und dem Umfang nach denen des § 55 Abs. 1 SGB V und des § 56 SGB V vergleichbar seien, ausreichend sei. Eine gesonderte Prüfung dieser Bescheinigung sei nicht notwendig, weil davon auszugehen sei, dass die Versicherten vor dem Vertragsabschluss – schon aus eigenem Interesse – insbesondere darauf achten würden, dass der private Zahnersatzversicherungsschutz mindestens das Leistungsspektrum der GKV für Zahnersatz abdecke. Darüber hinaus würden die privaten Krankenversicherungsunternehmen hinsichtlich der Aussage zur Vergleichbarkeit mit dem GKV-Leistungsspektrum die volle Verantwortung für deren Richtigkeit tragen.

Herausgestellt wurde weiter, dass die Regelungen sowohl des § 35a Abs. 7 SGB V (Normenkontrollanträge gegen die Festsetzung von Festbeträgen durch Rechtsverordnung) als auch des § 35 Abs. 7 SGB V (Klagen gegen die Festsetzung von Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen) von der Möglichkeit der Antrags- bzw. Klagebefugnis der Pharmahersteller gegen eine Festbetragsfestsetzung ausgehen würden. Dabei seien auch Pharmahersteller gehalten darzulegen, in welchen subjektiv-öffentlichen Rechten sie im konkreten Fall verletzt seien. Das Bundesverfassungsgericht habe zwar bei der Festbetragsfestsetzung die rechtliche Betroffenheit der Pharmahersteller insbesondere hinsichtlich des Grundrechts aus Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz (Berufsfreiheit) eingegrenzt, hingegen eine mögliche Verletzung in eigenen Grundrechten nicht generell verneint. So könne insbesondere bei der Behauptung einer rechtswidrigen Festbetragsfestsetzung bei innovativen und bei patentgeschützten Arzneimitteln, die innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben würden, eine Grundrechtsverletzung möglich und damit eine Klagebefugnis des betroffenen Pharmaherstellers gegeben sein.

Hingewiesen wurde darauf, dass die in der allgemeinen Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz – Teil II – un-

ter „5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln“ im 8. Spiegelstrich enthaltene Feststellung, dass in besonderen Versorgungsformen mit Apotheken abweichende Vereinbarungen von der Arzneimittelpreisverordnung getroffen werden könnten, nicht der vom Ausschuss beschlossenen Regelung in § 129 SGB V entspreche und daher keinen Bestand habe. Zutreffend sei vielmehr die Begründung zu Nummer 92 Buchstabe c (§ 129 SGB V), die laute: „In der integrierten Versorgung können auch abweichend von den Vorschriften für die Regelversorgung mit Apotheken besondere Regelungen zu Qualität und Struktur der Arzneimittelversorgung der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten vereinbart werden.“

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** erklärten, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen durch die demografische Entwicklung, den medizinischen Fortschritt und die sinkende Lohnquote unzureichend seien. Der Gesetzentwurf zeichne sich ferner durch eine Zunahme des bürokratischen Aufwands und eine Diskriminierung der Leistungserbringer aus. Die Fraktion habe daher ein eigenes Konzept zur Reform des Gesundheitswesens in ihrem Antrag auf Drucksache 15/1526 vorgelegt.

Zunächst müsse der Pflichtleistungskatalog durch die vollständige Ausgliederung des Krankengeldes, der privaten Unfälle und des Zahnersatzes auf seinen Kernbereich konzentriert werden. Die Absicherung dieser Bereiche solle stattdessen über kapitalgedeckte Finanzierungselemente gewährleistet werden. Voraussetzung dafür sei jedoch eine Steuerreform. Sollten weitere Leistungen in den Katalog aufgenommen werden, müsse stets eine Gegenfinanzierung vorgelegt werden. Für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln müsse ein eigenes Leistungsgesetz geschaffen werden, da die Einnahmen des Bundes aus der Tabaksteuer hierfür nicht ausreichten. Die Krankenkassen seien außerdem mit erheblich mehr als 7 Mrd. Euro verschuldet, da ihre Verbindlichkeiten gegenüber Leistungserbringern wie Krankenhäusern allein mehr als 2 Mrd. Euro betrügen. Beitragssatzsenkungen seien in den nächsten Jahren also nicht in dem prognostizierten Ausmaß zu erwarten.

Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung müsse im Hinblick auf den Erhalt von Arbeitsplätzen auf maximal 6,5 % festgeschrieben und steuerneutral als Lohnbestandteil ausgezahlt werden. Ferner müsse zumindest schrittweise der Risikostrukturausgleich abgebaut werden, da er ein Element darstelle, das den Wettbewerb behindere.

Die Mehrwertsteuer im Arzneimittelbereich müsse auf den ermäßigten Satz gesenkt werden, um hier – auch vor dem Hintergrund europäischer Lösungen beim Arzneimittelhandel – gerechte Bedingungen zu schaffen. Ein fairer Wettbewerb zwischen den Apotheken und dem Versandhandel werde durch unterschiedliche Mehrwertsteuersätze, Zuzahlungen und Öffnungszeiten verhindert. Zu kritisieren sei ferner, dass mit dem Gesetz der Versandhandel aus anderen europäischen Staaten nach Deutschland ermöglicht werden solle, obwohl in keinem anderen Land der Versandhandel über die Landesgrenzen hinweg zugelassen sei.

Die Budgetierung müsse in allen Bereichen zugunsten einfacher, leistungsgerechter Vergütungssysteme abgeschafft werden. Die Festlegung arztbezogener Regelleistungsvolumina beschneide Leistungsbereitschaft und -möglichkeiten.

Aus Sicht der FDP-Fraktion könne das Gesundheitswesen langfristig nur über die Freiberuflichkeit modernisiert werden. In europäischen Ländern, in denen die Freiberuflichkeit abgebaut worden sei, habe die Versorgungsqualität deutlich abgenommen. In diesen Kontext gehöre auch die Therapiefreiheit. Der Bürger müsse das Recht haben, selbst zu entscheiden, in welcher Therapieform er behandelt zu werden wünsche. Man könne nicht einfach bestimmte Arzneimittel aus der Verordnungsfähigkeit herausnehmen, weil dadurch Therapieformen vernichtet würden. In dem Gesetzentwurf finde auch die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten bei der Kostenerstattung und bei Selbstbehalt- und Beitragsrückgewährangeboten nur mit Einschränkungen statt.

Ein weiteres wichtiges Element sei die Niederlassungsfreiheit. Insbesondere in den neuen, aber auch in den alten Bundesländern sei es mittlerweile schwierig, genug qualifizierte Ärzte für die Niederlassung zu gewinnen, weil die Honorierung der Ärzte nicht mehr den modernen Anforderungen entspreche. 40 % der jungen Mediziner würden nicht mehr in ihren eigentlichen Beruf gehen oder ins Ausland abwandern. Wenn sich daran nichts ändere, habe dies einen nennenswerten Ärztemangel in den nächsten Jahren zur Folge.

Die FDP-Fraktion verwies schließlich darauf, dass der Risikostrukturausgleich ein Element sei, das den Wettbewerb behindere und daher schrittweise abgebaut werden müsse.

Sie bedauerte zudem, dass das gemeinsame Ziel der Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit nicht angegangen, sondern wiederum nur ein Kostendämpfungsgesetz auf den Weg gebracht worden sei, das zu mehr Bürokratie führen werde. Das Ziel einer deutlichen Senkung der Beitragssätze werde dennoch nicht erreicht, weil die Einsparsummen zu hoch und die zusätzlichen finanziellen Anforderungen zu niedrig angesetzt seien.

B. Besonderer Teil

Soweit die Bestimmungen des Gesetzentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf deren Begründung verwiesen.

Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist Folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b (§ 28 Abs. 4)

Der Hinweis auf § 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V stellt sicher, dass zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen auch im Jahr 2004 von Zuzahlungen befreit sind. Darüber hinaus wird folgendes geregelt: Maßnahmen der Schwangerenvorsorge haben ebenso wie die Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V präventiven Charakter. Aus historischen Gründen sind diese Maßnahmen nicht im SGB V, sondern in der Reichsversicherungsordnung und dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) geregelt. Die ausdrückliche Nennung dieser Maßnahmen ist erforderlich, um sicherzustellen, dass die Inanspruchnahme ebenso wie bei den in § 25 SGB V genannten Früherkennungsmaßnahmen keine Praxisgebühr auslöst.

Zu Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe a (§ 37)

Durch die Ergänzung in Doppelbuchstabe aa wird das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 eindeutig der Behandlungspflege und damit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen. Dies gilt auch dann, wenn im Einzelfall dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zu berücksichtigen ist. Die Krankenkassen können nicht unter Hinweis auf die Berücksichtigung dieses Hilfebedarfs im Rahmen der Begutachtung und der Zuordnung zu den Pflegestufen nach dem Recht der Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) ihre Leistungspflicht ablehnen. Mit der Regelung werden die Zweifelsfragen, die in der Praxis nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom Oktober 2001 aufgetreten sind und die zu teilweise erheblichen finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege geführt haben, zugunsten der Betroffenen geklärt.

Doppelbuchstabe bb entspricht dem bisherigen Buchstaben a.

Zu Artikel 1 Nr. 30 Buchstabe b (§ 39 Abs. 4)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Versicherten bei Krankenhausbehandlung künftig für längstens 28 Tage eine Zuzahlung zu entrichten haben. Bislang gilt eine Begrenzung auf 14 Tage. Die in einem Jahr bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder an die GKV geleisteten Zuzahlungen zu Anschlussrehabilitationsmaßnahmen sind nach derzeit geltendem Recht auf diese Zuzahlung anzurechnen.

Durch die Änderung wird die geltende Anrechenbarkeit von Zuzahlungen an die Rentenversicherung und an die GKV aufrechterhalten und ein redaktioneller Fehler beseitigt.

Zu Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe b (§ 40)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Versicherten bei medizinischen Anschlussrehabilitationsleistungen künftig für längstens 28 Tage eine Zuzahlung zu entrichten haben. Bislang gilt eine Begrenzung auf 14 Tage. Die in einem Jahr bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleisteten Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und an die gesetzliche Krankenversicherung geleistete Krankenhauszuzahlungen sind nach derzeit geltendem Recht auf diese Zuzahlung anzurechnen.

Durch die Änderung wird die geltende Anrechenbarkeit von Zuzahlungen an die Rentenversicherung und Krankenhauszuzahlungen an die GKV aufrechterhalten.

Zu Artikel 1 Nr. 34 Buchstabe b (§ 43b Abs. 2)

Zur Gewährleistung eines reibungslosen Verfahrens zum Einzug der Praxisgebühr werden die Vertragspartner mit einer bundeseinheitlichen Regelung der Einzelheiten beauftragt.

An der Verpflichtung der Leistungserbringer, die Praxisgebühr einzuziehen, ändert sich hierdurch nichts.

Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 55)

Die Änderung stellt klar, dass Versicherte in Fällen einer unzumutbaren Belastung auch bei auf Landesebene vereinbarten Abweichungen bei den Preisen für zahntechnische Leistungen Anspruch auf eine vollständige Übernahme der Kosten der jeweiligen Regelversorgung haben.

Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 57 Abs. 2)

Die Regelung trägt den gegenwärtig voneinander abweichenden Preisen für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz zwischen den einzelnen Ländern Rechnung. Die Vertragspartner auf Landesebene haben sich an dem jeweils von den Vertragspartnern auf Bundesebene gemäß den Sätzen 2 ff. vereinbarte Preisniveau auszurichten. Sie können innerhalb eines Korridors von insgesamt 10 vom Hundert von den festgelegten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preisen abweichen. Die Festsetzung bundeseinheitlicher Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 bleibt davon unberührt. Die übrigen Regelungen, insbesondere zur Anwendung der jährlichen Veränderungsrate, werden übernommen. Die allgemeinen Fristen für Schiedsamtsentscheidungen von drei Monaten werden auf jeweils einen Monat verkürzt, damit die Beträge für die Festzuschüsse beim Zahnersatz jeweils fristgerecht zum 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft treten können.

Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 59)

Die Regelung stellt klar, dass beim Ausgleich der härtefallbedingten Mehraufwendungen sowohl Be- als auch Entlastungen der Krankenkassen durch die weiterhin auf Landesebene vereinbarten Preise für zahntechnische Leistungen berücksichtigt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 66 Buchstabe b (§ 87)

Die Ergänzung erhöht die Transparenz für die Versicherten und ermöglicht diesen eine eigenverantwortliche Entscheidung über ihre individuelle Zahnersatzversorgung. Der hiermit verbundene Verwaltungsaufwand für die zahnärztlichen Praxen lässt sich z. B. durch Verwendung von standardisierten Vordrucken bzw. den Einsatz entsprechender EDV-Programme minimieren.

Zu Artikel 1 Nr. 70 (§ 91 Abs. 2)

Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses – mit Ausnahme der von den Verbänden bestellten Mitglieder – erfolgt – wie die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139c Abs. 1 – durch einen Zuschlag zu jedem abzurechnenden Krankenhausfall und aus Anteilen der Vergütungen für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung, die entsprechend zu erhöhen sind. Die Erhöhungen unterliegen nicht der Begrenzung durch die Grundlohnrate. Die Zuschläge der Krankenhäuser werden außerhalb des Gesamtbetrages (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes i. d. F. des Artikels 15) finanziert und unterliegen ebenfalls nicht den Begrenzungen durch die Grundlohnrate. Der Bundesausschuss hat die Einzelheiten zu regeln. Ausgenommen von der Kostenregelung sind die Kosten für die von den Verbänden in den Ausschuss entsandten Mitglieder. Diese Kosten sind nach § 11 Abs. 1 der Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder der Gemeinsamen Bundesausschüsse und der Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen (Aus-

schussmitglieder-Verordnung – AMV) von den Verbänden selbst zu tragen.

Zu Artikel 1 Nr. 70 (§ 91 Abs. 8a)

Beschlüsse, die der Gemeinsame Bundesausschuss z. B. zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V sowie nach § 137c Abs. 1 SGB V-E oder zu Empfehlungen nach den §§ 137f SGB V trifft, haben nicht nur krankenversicherungsrechtliche Bedeutung, sondern wirken gleichzeitig auch auf die Berufsausübung der jeweiligen heilkundlichen Leistungserbringer ein. Deshalb ist es sachgerecht, den für das jeweilige Berufsrecht zuständigen Kammern auf Bundesebene ein Anhörungsrecht einzuräumen.

Zu Artikel 1 Nr. 86a – neu – (§ 119 a)

Über die üblichen Gesundheitsrisiken der Durchschnittsbevölkerung hinaus ist geistige Behinderung häufig mit spezifischen Erkrankungsrisiken und Behinderungen (Multimorbidität) verbunden. Zudem weisen Menschen mit geistiger Behinderung oft Besonderheiten in Krankheitssymptomatik, Krankheitsverlauf sowie Diagnostik und Therapie auf, ebenso in ihrem krankheitsbezogenen Kommunikations- und Kooperationsverhalten, so dass ihre ärztliche Behandlung spezifischer fachlicher Kompetenzen und besonderer Rahmenbedingungen bedarf. Deshalb soll mit der Regelung in § 119a ein zielgruppenspezifisches Angebot zur gesundheitlichen Versorgung geistig Behinderter ermöglicht werden, wobei an die bereits zum Teil vorhandenen Gesundheitsdienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe angeknüpft werden kann. Dabei ist nicht daran gedacht, die ambulante Regelversorgung durch den niedergelassenen Arzt zu ersetzen, sondern diese ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit ihren multiprofessionellen Angeboten die ärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte ergänzen und ihnen auch als fachlich spezialisiertes Kompetenzzentrum beratend zur Seite stehen.

Zur organisationsrechtlichen Umsetzung der Einbeziehung dieser ärztlich geleiteten Abteilungen in die ambulante Behandlung von geistig behinderten Versicherten erhalten die Träger der Behindertenhilfe einen Anspruch auf Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung. Da die Versorgung der geistig behinderten Versicherten in diesen Einrichtungen ergänzend und damit subsidiär zu der Versorgung durch niedergelassene Ärzte hinzutritt, ist der Behandlungsumfang auf das Leistungsspektrum zu begrenzen, das durch die niedergelassenen Ärzte nicht in der erforderlichen Art und Weise oder in dem erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Im Ermächtigungsbescheid sind deshalb Regelungen darüber zu treffen, ob und in welchen Fällen die ärztliche Leistungserbringung in diesen Einrichtungen an die Voraussetzung einer Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt geknüpft ist.

Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten mit geistiger Behinderung auszurichten, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung oder aus Gründen der wohnortnahen Versorgung der ambulanten Behandlung durch Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den sonstigen behandelnden Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

Zu Artikel 1 Nr. 116 (§ 140d)

Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass die vorgesehene Anschubfinanzierung nicht als zusätzliche Finanzreserve zeitweise einbehalten, sondern tatsächlich zur Förderung der integrierten Versorgung verwendet wird.

Zu Artikel 1 Nr. 118 (§ 140h)

Mit der Erweiterung der bisherigen Regelung um den Absatz 3 werden die Befugnisse der beauftragten Person weitgehnd analog den Vorschriften über die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen in den §§ 14 und 15 Behindertengleichstellungsgesetz geregelt.

Die Anliegen von Patientinnen und Patienten lassen sich nicht auf den Wirkungsbereich eines oder mehrerer Ministerien beschränken, sie spiegeln sich in vielen Politikbereichen wider. Deshalb wird in Absatz 3 die Zusammenarbeit zwischen den Bundesministerien, den übrigen Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes auf der einen und der oder dem Beauftragten auf der anderen Seite geregelt. Das Bundeskabinett kann darüber hinaus ergänzende Regelungen zu Aufgaben und Befugnissen in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) treffen. Absatz 3 enthält die Verpflichtung der Bundesministerien, die Beauftragte oder den Beauftragten zu beteiligen und schreibt allen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes vor, die Beauftragte oder den Beauftragten bei der Erfüllung der Aufgaben zu unterstützen.

Zu Artikel 1 Nr. 140 (§ 220 Abs. 4)

Klarstellung, dass die durch die Streichung des Sterbegeldes bewirkten Einsparungen gemeint sind. Der Wegfall der entsprechenden Vorschriften (§§ 58 und 59) wird durch die Neufassung des Siebten Abschnitts zur Neuordnung des Zahnersatzes bewirkt.

Zu Artikel 1 Nr. 152 Buchstabe c (§ 264)

Nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz ist das Bundessozialhilfegesetz für den dort genannten Personenkreis entsprechend anzuwenden, wenn er u. a. länger als 36 Monate Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten hat, ohne dass dieser Personenkreis Leistungsempfänger nach dem Bundessozialhilfegesetz wird. Insofern bedarf die Einbeziehung dieser Personen in die Regelung des § 264 einer ausdrücklichen Nennung. Für diesen Personenkreis ändert sich jedoch dadurch der Umfang der Leistungen nicht.

Alle übrigen Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten auch im Krankheitsfall weiterhin lediglich die eingeschränkten Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände nach § 4 AsylbLG.

Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 28)

Die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sind ab 2005 in § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V geregelt. Die Änderung ist eine Folgeregelung und stellt sicher, dass zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen auch ab dem Jahr 2005 von Zuzahlungen befreit sind.

Zu Artikel 15 Nr. 4 Buchstabe b (§ 8)

Folgeänderung zur neuen Finanzierungsregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

Zu Artikel 18 Nr. 6 Buchstabe b (§ 11)

Durch die Neufassung des Buchstaben b wird der Absatz 3 gestrichen, in dem die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt war. Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschuss ist nunmehr in § 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V (Artikel 1 Nr. 70) geregelt und besagt, dass die Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses künftig durch einen Zuschlag auf jeden abgerechneten Krankenhausfall und durch einen Zuschlag auf die ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütungen erhoben werden. Die Kosten der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von dieser Regelung nicht erfasst. Sie sind nach § 11 Abs. 1 dieser Verordnung von den Körperschaften zu tragen, die die Mitglieder in den Ausschuss entsenden. Körperschaft im Sinne der Regelung des § 11 Abs. 1 sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Verbände der Ersatzkassen.

Zu Artikel 37 Abs. 5

Auch die Verordnungsermächtigung zum Erlass der Patientenbeteiligungs-Verordnung in § 140g tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft, damit ein zeitnaher Beginn des Verordnungsverfahrens gewährleistet ist. Nur auf diese Weise können die Regelungen zur Patientenbeteiligung und die dazu notwendige Verordnung gleichzeitig in Kraft treten.

Zu Artikel 37 Abs. 8

Die Regelung zu Artikel 2 stellt sicher, dass die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen auch über das Jahr 2004 hinaus von Zuzahlungen befreit bleiben.

Berlin, den 24. September 2003

Helga Kühn-Mengel
Berichterstatterin

Annette Widmann-Mauz
Berichterstatterin

Birgitt Bender
Berichterstatterin

Dr. Dieter Thomae
Berichterstatter



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 340, Telefax (02 21) 97 66 344
ISSN 0722-8333